DISSERTATION

N° 214.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR G.-F. LARRE, d'Ossés,

Département des Basses-Pyrénées.

On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou par un motif d'intérêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1828

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Président.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Mecsieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert, *Examinateur.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Suppléant.*	Lisfranc, *Examinateur.*
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Docteur en médecine.

A MA MÈRE.

Gage d'amour filial.

A MA TANTE,

MADEMOISELLE LARRE.

Témoignage d'attachement et de reconnaissance.

G.-F. LARRE.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0007parg

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

La pneumonie, du mot grec πνευμων, *poumon*, est le nom que la plupart des nosologistes donnent aujourd'hui à l'inflammation du parenchyme pulmonaire; c'est, de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, l'une des plus fréquentes et des plus dangereuses, par cela même, l'une des plus intéressantes dans la médecine pratique. La structure molle et délicate des poumons, la grande quantité de sang qui les parcourt habituellement, *les variations qu'offre l'air qui les pénètre* sans cesse, l'importance de leurs fonctions et les sympathies étroites qui les lient avec les diverses parties du corps, et particulièrement avec la peau, rendent facilement raison de la fréquence et de la gravité de cette affection.

Les auteurs qui, aux diverses époques de l'art, se sont occupés de la pneumonie, lui ont assigné des noms différens; ainsi Hippocrate, Linnæus et Boerhaave, l'ont appelée *péripneumonie;* Arétée la nomma *pulmonie*, et Cullen, *pneumonie.*

L'inflammation du parenchyme pulmonaire étant presque toujours accompagnée de celle de la plèvre, quelques auteurs ont voulu substituer au nom donné par *Cullen* celui de *pleuro-pneumonie*; mais

beaucoup de praticiens distingués, et entr'autres M. *Chomel*, ont pensé que l'inflammation de la plèvre n'est, dans la majorité des cas, qu'une affection d'un ordre secondaire, qui a la même marche et les mêmes limites que la pneumonie, dont elle n'est qu'une simple extension, et avec laquelle elle constitue une seule et même maladie; que, par conséquent, il vaut mieux conserver à celle-ci le nom de *pneumonie*, et ne se servir de celui de *pleuro-pneumonie* que dans les cas où il y a une véritable complication, et que l'inflammation de la plèvre s'étend au-delà des parties envahies par la pneumonie.

La pneumonie est quelquefois double, le plus ordinairement simple, c'est-à-dire qu'elle n'occupe qu'un seul poumon; souvent même elle est limitée à l'un de ses lobes, l'inférieur ou le moyen, le supérieur étant spécialement le siége des tubercules. Depuis long-temps les médecins pensaient que le poumon droit était plus fréquemment affecté d'inflammation que le gauche. Une cinquantaine d'observations publiées par *Morgagni*, et dans lesquelles les deux poumons avaient été à peu près le même nombre de fois enflammés, avaient fortement ébranlé cette croyance généralement répandue; mais de nouvelles expériences, faites par MM. *Chomel* et *Andral* depuis 1812, ont offert pour résultat le nombre des pneumonies droites plus que double de celui des pneumonies gauches, et ne permettent plus de douter de l'espèce de prédilection de cette maladie pour le poumon droit. Nous allons exposer successivement ses causes, ses caractères anatomiques, ses symptômes, sa marche, ses variétés, son diagnostic, son prognostic et son traitement.

Causes.

Selon l'usage reçu, nous les diviserons en deux séries : causes *prédisposantes*, ou celles qui agissent d'une manière lente et graduée; et *causes occasionnelles*, ou celles dont l'effet est immédiat ou instantané

Causes prédisposantes. Ce sont, en général, toutes celles qui peuvent produire les phlegmasies aiguës, et particulièrement celles qui agis-

sent plus directement sur la poitrine, comme le chant, l'usage d'instrumens à vent, l'inspiration de vapeurs irritantes, ou d'un air chargé de molécules de même nature, comme celui que respirent les plâtriers ; les professions très-actives, si surtout elles exposent aux intempéries de l'air, comme les métiers de charpentier ou de maçon. La pneumonie se montre plus souvent à la fin de l'hiver, au printemps et en automne, qu'à aucune autre époque de l'année ; elle est aussi plus fréquente dans les lieux secs et élevés, dans les pays froids, que dans les autres climats. On la trouve moins communément chez les femmes que chez les hommes. Mais cette particularité, qu'on a attribuée à la différence de sexe, ne tiendrait-elle pas plutôt à la différence des occupations, celles auxquelles les hommes se livrent étant, en général, beaucoup plus pénibles ; car, parmi ces derniers, la pneumonie attaque aussi assez rarement ceux qui ont des professions sédentaires. La plupart des auteurs ont indiqué l'âge adulte comme favorisant le développement de la pneumonie ; mais elle est souvent latente chez les vieillards et les enfans ; on ne peut douter qu'elle n'ait été très-souvent méconnue quand les praticiens étaient encore privés du secours inappréciable de l'auscultation. Aussi, l'illustre auteur de cette importante découverte a-t-il écrit que la pneumonie était encore plus fréquente chez les vieillards et les enfans que chez les adultes. Je pense que cette assertion n'est pas du tout exagérée, au moins pour ce qui regarde les enfans, si je puis en juger par les pneumonies nombreuses que j'ai vues à l'hôpital des Enfans ; mais il serait possible, et c'est l'opinion de M. *Guersent*, que le séjour de l'hôpital contribuât beaucoup à sa fréquence dans les salles destinées aux enfans. Quant au danger de cette maladie, tout le monde convient qu'il est plus grand chez les vieillards et les enfans. La pneumonie se développe si fréquemment dans le cours des fièvres exanthématiques, qu'on est porté à croire qu'elles ne sont pas sans influence sur sa production. Enfin, on la voit apparaître quelquefois d'une manière épidémique, et on en attribue alors la cause à certaine constitution atmosphérique qui, jusqu'à ce jour, a échappé à toutes les recherches des médecins et des chimistes.

Causes déterminantes. Les principales sont : le passage subit d'une température élevée à une température froide, l'usage de boissons froides, le corps étant chaud ou en sueur; des exercices violens et inaccoutumés, la respiration de gaz irritans, une course à cheval contre la direction d'un vent froid, la suppression d'une hémorrhagie habituelle ou d'une saignée, etc. Il faut y ajouter les opérations chirurgicales, les secousses violentes, les chutes, les coups, les blessures de la poitrine. Toutes ces causes, néanmoins, n'ont souvent qu'une influence secondaire et fort douteuse dans la production de la pneumonie; car sur soixante-dix-neuf malades que M. *Chomel* a soumis à son observation, cinquante-six ne soupçonnaient aucune cause à la maladie dont ils étaient atteints.

CARACTÈRES ANATOMIQUES.

L'utilité des symptômes étant de nous révéler l'existence d'une maladie, et autant que possible ses divers états, je vais, avant de commencer la description des symptômes, parcourir d'abord les différentes modifications que l'inflammation fait subir au tissu pulmonaire, afin de mieux apprécier ensuite les symptômes qui devront nous les faire reconnaître pendant l'existence du malade.

Les poumons éprouvent trois degrés bien tranchés d'altération dans le cours de leur inflammation. Dans le premier degré, qui a reçu le nom d'*engouement inflammatoire*, le tissu pulmonaire est augmenté de pesanteur et de densité, sa couleur est plus foncée et plus livide; si l'inflammation a été tant soit peu intense, le tissu pulmonaire est devenu plus friable que dans l'état sain, et ce caractère sert à faire distinguer ce premier degré d'altération d'un simple engorgement cadavérique. Le poumon dans cet état est encore crépitant si on le presse entre les doigts; et, en l'incisant, il s'en écoule un liquide séro-sanguinolent assez abondant.

Au deuxième degré, qui est l'hépatisation rouge de *Laennec*, le poumon a beaucoup perdu de sa cohésion, il est devenu très-friable,

et a pris l'aspect, la densité et la pesanteur d'un foie gorgé de sang et uniformément rouge ; il a cessé d'être crépitant; sa couleur extérieure est moins foncée que dans l'état précédent; sa couleur intérieure est rougeâtre, et offre des taches blanches qui sont dues aux vaisseaux et aux cellules pulmonaires. Si on le déchire, il présente une foule de granulations pressées les unes contre les autres, visibles à la loupe et même à l'œil nu ; quelquefois, il est parsemé de taches noirâtres formées de la matière noire pulmonaire, qui lui donnent l'apparence du granit. Le liquide sanguinolent dont il était gorgé au premier degré est devenu plus épais et moins abondant : on ne peut guère l'enlever qu'en râclant le tissu du poumon avec le scalpel.

Au troisième degré (hépatisation grise), le poumon conserve encore la pesanteur et la densité que nous lui avons observées dans l'état précédent ; il n'est nullement crépitant, et son aspect granuleux est encore plus prononcé; mais sa couleur est devenue d'un jaune de paille à l'extérieur et à l'intérieur; lorsqu'on l'incise, il en suinte un liquide purulent dont il est infiltré. Dans quelques cas, ce pus, ainsi disséminé, se réunit en foyer, et constitue des abcès véritables dans le poumon ; du reste, ces abcès sont extrêmement rares et peuvent être simulés par la pression du doigt exercée sur un poumon en suppuration, dont le tissu se trouve fort ramolli. Il est bon d'être prévenu de cette cause d'erreur, afin de ne pas prendre pour des abcès ce qui n'en serait que le simulacre. Les foyers qu'on trouve sont quelquefois enkystés ; le plus souvent ils sont renfermés dans le tissu du poumon, converti à leur pourtour en une espèce de détritus.

Dans quelques cas très-rares, le poumon se convertit en gangrène ; il offre alors l'aspect d'une escharre grisâtre solide ou diffluente, séparée des portions non gangrénées par un engorgement inflammatoire au premier degré, rarement au deuxième, répandant une odeur caractéristique.

Symptômes.

Les principaux symptômes de la pneumonie sont : une douleur obscure et profonde, de la chaleur, de l'oppression dans la poitrine ; de la gêne dans la respiration ; de la toux avec expectoration facile ou difficile de crachats de nature particulière, plus, les signes fournis par la percussion et l'auscultation.

La pneumonie débute ordinairement par un frisson suivi d'une chaleur âcre à la peau ; d'autres fois elle est précédée d'un malaise général, de lassitudes dans les membres, ou des symptômes d'une fièvre inflammatoire qui durent de dix-huit à vingt-quatre heures. Quoi qu'il en soit, le malade se plaint bientôt d'un sentiment d'oppression, d'une ardeur incommode dans la poitrine plutôt que d'une douleur proprement dite, qui augmente dans la toux, l'expiration, les efforts pour cracher et les redoublemens. S'il n'y a pas complication de pleurésie, on peut exercer la pression avec les doigts sur la poitrine, sans que cette douleur s'exaspère sensiblement. Le malade éprouve une suffocation subite si on exerce la pression de bas en haut sur les hypochondres.

La respiration est fréquente et petite, et sa fréquence est relativement toujours plus grande que celle du nombre des pulsations, avec lesquelles elle est dans un rapport de un à trois, et même de un à deux; tandis que ce même rapport, dans l'état de santé, est de un à quatre ou à cinq. La dyspnée, en général, est en raison *directe* de la gravité de la maladie.

La toux, d'abord sèche, est bientôt suivie de l'expectoration de crachats transparens, visqueux et adhérant fortement au vase, mêlés intimement à des bulles d'air, de couleur uniformément rougeâtre, tirant sur le jaune ou sur le vert, quelquefois agglutinés entr'eux de manière à former une masse gélatiniforme. Dans quelques circonstances, les crachats ressemblent à une forte dissolution de gomme, légèrement colorée en rouge, ou à une sérosité brunâtre qu'on a

comparée à du jus de pruneau. Ils sont petits, grisâtres, sales, pendant la supuration du poumon; verts, noirâtres, fétides, d'une odeur caractéristique, dans la gangrène de ce viscère.

La percussion sur la poitrine ne fournit rien de remarquable dans les premiers jours de la pneunomie; l'auscultation, au contraire, fournit des signes caractéristiques lorsqu'aucun autre symptôme n'a pu faire déceler encore l'existence de la maladie. En appliquant sur la poitrine l'oreille nue ou armée du stéthoscope, on entend un bruit particulier, que *Laennec* a nommé *râle crépitant*, à cause de son analogie avec celui que produit le sel qui décrépite au feu. Ce bruit se fait entendre dans toute l'étendue de l'inflammation, et sert ainsi à en faire connaître les limites. D'abord il est mêlé au murmure respiratoire, mais bientôt il couvre celui-ci et se fait entendre seul, sans mélange d'aucun autre bruit. Il est d'autant plus sensible que le siége de l'inflammation est plus rapproché de la surface des poumons; il s'obscurcit, au contraire, et devient plus lointain à mesure que l'inflammation se rapproche de leur centre. Le bruit respiratoire, qui a cessé là où s'est établi le râle crépitant, continue à se faire entendre dans les autres parties, et souvent plus fort que dans l'état ordinaire; dans ce cas, il porte le nom de *respiration puérile*. Le râle crépitant annonce l'engouement pulmonaire, premier degré d'altération du tissu pulmonaire, dont nous avons décrit les caractères. La maladie faisant des progrès, la percussion, qui naguère donnait un son à peu près aussi net que dans l'état de santé, fait entendre un son de plus en plus obscur et enfin tout-à-fait mat, quand le bruit de la respiration et le râle crépitant ont cessé de parvenir à l'oreille. Ce signe appartient au deuxième et au troisième degrés de l'inflammation; à ces deux époques l'expansion pulmonaire est remplacée par un autre bruit qui semble se passer dans les grosses bronches, et qui ressemble assez au bruit du souffle dans un tuyau; on lui a donné le nom de *respiration bronchique :* en même temps la voix offre une résonnance particulière, qu'on a nommée *bronchophonie*.

Aux symptômes locaux que nous venons d'exposer viennent se

joindre la plupart de ceux qui appartiennent aux autres phlegmasies aiguës, comme chaleur âcre à la peau, rougeur de la face, surtout vers les pommettes; soif, inappétence; pouls fréquent, large et souple; chaleur élevée, langue blanche et humide, urines rouges, sang des saignées couenneux, insomnie et douleur de tête. Le malade se tient ordinairement couché sur le dos, la tête et la poitrine plus ou moins élévées, selon la plus ou moins grande difficulté qu'il a à respirer.

Marche.

La pneumonie au premier degré, qui offre pour caractère distinctif le râle crépitant, peut marcher vers la résolution au bout de trois ou quatre jours, ou continuer à faire des progrès. Dans le premier cas, la dyspnée et la douleur de poitrine diminuent, les crachats deviennent moins rouges et moins visqueux, et prennent de plus en plus le caractère de l'expectoration catarrhale. Le râle crépitant devient plus faible dans les points affectés, en même temps que le bruit respiratoire s'y fait entendre de plus en plus, et les symptômes de réaction tombent entièrement. Mais si la maladie continue ses progrès, le râle crépitant devient plus humide et à bulles plus grosses et plus rares. La sonoréité de la poitrine disparaît par degrés : ces derniers signes indiquent que l'affection tend à passer au deuxième degré.

Parvenu au deuxième degré de la pneumonie, le malade, dont la poitrine offre un son mat, et présente la respiration bronchique et la bronchophonie à la place du râle crépitant, rend des crachats de moins en moins visqueux et souvent tout à fait muqueux; sa faiblesse s'est augmentée et ses traits sont bien plus altérés que dans la période précédente : alors, si la terminaison de la maladie doit être favorable, le râle crépitant, qui avait disparu, se fait de nouveau entendre avec les caractères qu'il avait au passage du premier au second degré, sous forme de grosses bulles humides, inégales, auxquelles succède peu à peu le bruit respiratoire. En même temps le son de la poitrine s'éclaircit, et la respiration devient moins gênée et les crachats moins

abondans. Mais si la maladie continue encore à faire des progrès, la mort en est la terminaison presque constante. Dans ce cas, tous les symptômes s'aggravent progressivement, la dyspnée et la fréquence de la respiration augmentent de plus en plus ; l'expectoration est devenue plus difficile, et les crachats sont petits, sales et grisâtres. L'altération des traits est très-prononcée, le pouls est faible et plus fréquent, les yeux hagards; le malade ne peut plus tenir le décubitus sur le dos; il a besoin d'avoir la poitrine très-élevée pour pouvoir respirer. Enfin, il finit par n'avoir plus la force d'expectorer, et les mucosités, s'amassant dans la trachée, produisent le râle des agonisans. Ce bruit, joint à l'irrégularité du pouls, à une faiblesse extrême et au refroidissement des extrémités, précède la mort, qui a lieu pour l'ordinaire sans que les facultés intellectuelles du malade aient été troublées.

La pneumonie peut exister à différens degrés simultanément chez le même sujet : ainsi on trouve le son mat dans certaines parties de la poitrine, tandis que le râle crépitant se fait entendre dans d'autres ; comme les autres phlegmasies, elle présente des exacerbations vers le soir; sa durée moyenne est de sept à vingt jours ; la résolution est souvent précédée par des phénomènes critiques, tels que sueurs abondantes, urines sédimenteuses, et plus rarement une diarrhée, une hématémèse ou le retour des menstrues. M. *Andral*, qui a fait des recherches sur ce point, négligé de nos jours, a trouvé que sur cent douze malades soumis à son observation, quarante-trois ont présenté des phénomènes semblables; il a, de plus, constaté que ces phénomènes critiques avaient lieu le plus souvent le septième, le onzième, le quatorzième et le vingtième jours de la maladie.

Ayant déjà traité des différentes altérations par lesquelles la pneumonie peut se terminer, il ne nous reste plus qu'un mot à dire sur sa résolution, qui n'est pas toujours complète ; en effet, la dyspnée, la toux, et même la douleur de poitrine, persistent quelquefois pendant un temps indéterminé; d'autres fois, long-temps après la disparition des autres symptômes, il reste un râle humide, qu'on a attri-

bué à un état œdémateux des poumons; enfin la maladie peut passer à l'état chronique, dont il n'est pas dans notre but de nous occuper ici.

Formes variées.

La pneumonie peut revêtir des formes variées, dépendant des symptômes généraux, de son siége, de l'âge des individus et de ses complications : ainsi, elle aura un aspect différent quand les symptômes inflammatoires seront portés au plus haut degré, ou qu'ils seront remplacés par des phénomènes adynamiques ou ataxiques. Les choses ne se passeront pas non plus dans l'ordre habituel quand la pneumonie n'occupera que le centre des poumons ou seulement leur superficie : dans le premier cas, en effet, le siége de l'inflammation étant éloigné de l'oreille, on n'entendra pas de râle crépitant, mais on sera éclairé par la vue des crachats ; dans le second cas, on entendra fort bien le râle crépitant, mais les crachats seront nuls ou point caractéristiques. La pneumonie peut être lobulaire, circonscrite et disséminée : c'est la forme qu'elle adopte presque toujours chez les enfans. Fort difficile à connaître autrefois, on la méconnaît assez rarement aujourd'hui, grâce au secours du stéthoscope, qui fait entendre le râle crépitant sur les points du thorax correspondans aux parties enflammées. La percussion est aussi un puissant auxiliaire dans ces cas, mais elle n'a de valeur qu'autant qu'il y a une différence marquée entre le son rendu par un point d'un côté de la poitrine et celui fourni par le point correspondant de l'autre côté ; car la poitrine des enfans conserve toujours plus ou moins de sonoréité, et on a besoin d'un point de comparaison pour bien saisir les changemens que la maladie apporte. Dans les pneumonies des vieillards, les symptômes sont souvent masqués par le coma ou un état adynamique, qui absorbe toute l'attention du médecin. On ne peut espérer d'éviter l'erreur qu'en contractant l'habitude d'explorer la poitrine chaque fois qu'on a affaire à des sujets d'un âge avancé ; cette précaution sera aussi indispensable chez les enfans attaqués de fièvre exanthématique.

L'inflammation du poumon se complique quelquefois avec la pleurésie ou le catarrhe pulmonaire aigu ; on reconnaîtra la pleurésie aux caractères qui lui sont propres ; mais si l'épanchement était assez considérable pour refouler le poumon, on aurait de la peine à entendre le râle crépitant ; alors on appliquera le stéthoscope vers l'angle inférieur de l'omoplate, dont le poumon ne s'éloigne jamais. Dans le cas de complication avec le catarrhe pulmonaire, le râle muqueux pourrait masquer presque entièrement le râle crépitant : il faudrait alors employer toute son attention pour saisir ce dernier phénomène.

Diagnostic.

Les symptômes assez nombreux de la pneumonie en rendent le diagnostic facile pour la grande majorité des cas ; les maladies avec lesquelles on pourrait la confondre sont, la pleurésie, le catarrhe pulmonaire aigu et l'œdème du poumon ; on les en distinguera cependant avec un peu d'attention : la première, à la dilatation de la poitrine, accompagnant ordinairement le son mat rendu par ses parois ; à l'égophonie, à l'absence de crachats ou à leur caractère muqueux et non sanguinolent ; à la douleur très-vive qu'éprouve le malade par la pression du doigt sur les espaces intercostaux. Le second sera caractérisé par le râle sibilant d'abord, qui se convertira ensuite en râle muqueux ; par les crachats limpides au commencement, et devenant de plus en plus opaques, striés parfois de sang, mais jamais uniformément colorés en rouge ; enfin, par l'absence du râle crépitant, la poitrine conservant sa sonoréité. Quant à l'œdème du poumon, l'erreur serait peut-être plus facile à commettre, à cause du râle crépitant, qui se fait entendre dans ce cas ; mais ce râle est à bulles grosses et humides, et n'est jamais accompagné de crachats sanguinolens ; enfin il n'y a pas de symptômes généraux qui accompagnent constamment l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Prognostic.

Le prognostic de la pneumonie est toujours sérieux; les circonstances qui doivent le rendre fâcheux sont les suivantes : une grande étendue de la maladie, quand elle ne dépasserait pas le premier degré; une *dyspnée considérable*, l'*orthopnée*. La grande viscosité des crachats, leur couleur fortement rouillée, grisâtre, terne, brune, verdâtre, avec une odeur très-fétide; leur suppression brusque; la matité du son, d'autant plus à craindre qu'elle dure depuis plus long-temps; des symptômes ataxiques ou adynamiques; des sueurs très-abondantes; une forte diarrhée dès le commencement de la maladie, ou à une période très-avancée de l'inflammation, sans rémission des symptômes; enfin la vieillesse du sujet, son épuisement par une autre maladie, l'état de grossesse, la complication de la pneumonie avec quelque autre maladie, et particulièrement avec une fièvre exanthématique, ajoutent encore à la gravité du prognostic. Cette maladie, chez les phthisiques, est plus à redouter, en ce qu'elle favorise la fonte des tubercules et leur développement que pour le danger actuel, qui est à peu près le même pour eux que pour les autres sujets. On a cru remarquer que la pneumonie était plus grave quand elle occupait le lobe supérieur que l'inférieur ou le moyen. La moiteur habituelle de la peau est en général un bon signe, et des sueurs abondantes précèdent souvent et accompagnent la résolution.

Traitement.

Depuis long-temps on a préconisé la saignée comme le moyen le plus puissant contre la pneumonie aiguë, et l'expérience de tous les jours vient justifier les éloges qu'on lui a donnés et la confiance des praticiens qui en font usage. Néanmoins il ne faut y recourir qu'en suivant certaines règles que l'expérience a consacrées, et dont on ne pourrait s'écarter sans faire courir les plus grands dangers au malade.

La saignée doit être pratiquée aussitôt que la maladie a été reconnue, et par une large ouverture, parce qu'on a remarqué qu'un dégorgement rapide de sang amenait un soulagement plus marqué; on la fait de préférence au bras correspondant au poumon malade. M. *Husson* fait ouvrir quelquefois les veines des deux bras en même temps, si surtout la pneumonie est double, et cette pratique lui a souvent réussi. Quand à la quantité de sang à tirer, il faut se régler sur l'âge du sujet, sa force et l'intensité de la maladie. Chez un adulte bien constitué, on fait les premières saignées de trois à quatre palettes, les dernières de huit à dix onces; on renouvelle cette opération tant que le pouls conserve de la fréquence et de la plénitude, et que les symptômes de la pneumonie ne se dissipent pas. Comme l'expérience a démontré que leur efficacité est d'autant moins grande qu'on s'éloigne davantage de l'invasion de la maladie, on les fait le plus rapprochées que possible dans le commencement; cependant il est assez rare qu'on en fasse plus de deux dans la journée; en somme, leur nombre est porté ordinairement de quatre à six, selon les individus et les circonstances. M. *Guersent* emploie la saignée du bras avec succès chez les enfans à la quantité de trois à six onces; il seconde avantageusement ses effets par l'application de ventouses scarifiées sur les points du thorax correspondant aux parties affectées. Il se sert de ce dernier moyen seulement quand les malades sont trop affaiblis pour supporter la saignée générale. On a recours à ce même moyen ou à des sangsues quand la douleur de côté est un peu vive. On ne renoncera pas à l'emploi de la saignée à cause de la petitesse du pouls, sans avoir préalablement consulté les battemens du cœur, et s'être ainsi assuré si la faiblesse n'est qu'apparente; car alors la saignée relève les forces du malade et redonne au pouls la plénitude que lui avait fait perdre l'intensité de l'inflammation On conçoit aisément combien l'erreur serait grave en pareille circonstance; néanmoins il est quelquefois très-difficile de distinguer cet état apparent de faiblesse d'une faiblesse réelle. Dans le doute, on ne fait d'abord qu'une saignée exploratrice d'une palette environ, et on se règle, pour sa conduite ultérieure,

sur l'aspect du sang et les changemens survenus dans les symptômes, l'état du pouls et les battemens du cœur.

L'âge avancé du sujet ne devra pas empêcher de pratiquer la saignée toutes les fois que la maladie présentera de la gravité ; seulement il faudra l'employer avec beaucoup de circonspection, parce que certains vieillards tombent, après les évacuations sanguines, dans une prostration de forces qui leur est souvent funeste. Les règles où les lochies ne contr'indiquent pas non plus la saignée ; si celle-ci les supprime, on cherchera à les rappeler par l'application de sangsues en petit nombre à la vulve ou à la partie supérieure et interne des cuisses. Il n'en sera pas de même si, la pneumonie étant légère, des crises tendent à se faire vers quelques parties du corps, comme une sueur abondante, un flux hémorrhoïdal ou une épistaxis ; il faudra, en pareil cas, porter tous ses efforts à favoriser cette tendance salutaire de la nature. La petitesse du pouls, et sa faiblesse jointe à celle des battemens du cœur, l'état d'affaissement ou d'épuisement du sujet, le défaut de succès des évacuations sanguines déjà répétées, l'existence évidente de la suppuration, sont autant de signes qui contr'indiquent la saignée.

Lorsque, la maladie n'ayant pas encore cédé, et à plus forte raison si elle fait des progrès, la faiblesse du sujet empêche de continuer l'usage des émissions sanguines, on a recours aux vésicatoires, qu'on place sur les membres ou sur la poitrine. En général, on préfère les appliquer sur la poitrine elle-même dans une étendue de quatre à cinq pouces. Employés quand les symptômes inflammatoires sont déjà apaisés, ils ne produisent qu'une irritation passagère souvent fort légère, et suivie, dans la plupart des cas, d'une amélioration marquée dans l'état du malade ; ce dont j'ai été plusieurs fois témoin, particulièrement dans les salles de M. *Chomel*.

A ces moyens, on ajoute des boissons délayantes et mucilagineuses, et quelques potions gommeuses, avec addition de six à douze grains de kermès ou d'une demi-once d'oxymel scillitique, et on en fait usage jusqu'à parfaite résolution. Les purgatifs, autrefois très-em-

ployés, le sont peu aujourd'hui : il convient cependant d'entretenir la liberté du ventre au moyen de lavemens émolliens et laxatifs. L'émétique, à dose vomitive, n'est plus en vogue non plus ; néanmoins on a remarqué qu'il est avantageux de s'en servir quand la pneumonie se présente avec des symptômes bilieux qui existaient déjà avant son apparition, tandis que les saignées ont alors fort peu d'efficacité, et sont même nuisibles si on n'en use pas avec modération.

Il est une autre méthode de traitement que *Laennec* a le premier employée en France et avec le plus grand succès ; je veux parler de l'administration du tartre stibié à haute dose, ou de la méthode dite de *Rasori*. Il est bien à désirer que de nouvelles expériences assez nombreuses viennent confirmer les brillans résultats publiés par ce grand praticien, enlevé trop tôt à la science ; car cette méthode aurait sur les évacuations sanguines l'avantage de pouvoir être employée quand la faiblesse du sujet ne permet pas de recourir à celles-ci, et surtout de ne pas donner lieu, comme les saignées, quand elles ont été poussées fort loin, à des convalescences quelquefois interminables. Voici, d'après *Laennec*, les règles à suivre dans l'administration du tartre stibié : pour peu que le malade soit en état de supporter la saignée, on lui en fait une de huit à dix onces, et on n'y revient pas à moins qu'il n'y ait menace de quelque nouvelle congestion sanguine ; immédiatement après, on lui donne un grain d'émétique dans un demi-verre d'infusion de feuilles d'oranger froide et édulcorée, avec une demi-once de sirop de guimauve : on revient à la même dose de deux heures en deux heures, jusqu'à ce que le malade en ait pris six. Alors on le laisse se reposer sept à huit heures, et on recommence la même administration. Dans les cas pressans, on poursuit sans interruption jusqu'à ce qu'on ait obtenu une diminution dans les symptômes, on peut même alors élever progressivement la dose du médicament jusqu'à deux grains et demi, sans augmenter la quantité du véhicule. Si l'on obtient une amélioration même peu marquée, la résolution est assurée, dit *Laennec*, en continuant l'emploi du tartre stibié, sans qu'on

ait à craindre de nouveaux accidens. La plupart des malades vomissent et ont des évacutions alvines le premier jour; les jours suivans ces accidens diminuent, et souvent même il n'en existe plus. On dit alors, selon l'expression de *Rasori*, que la tolérance pour le médicament s'est établie. Si les évacuations et les vomissemens continuent le second jour, on ajoute aux six doses de la journée une ou deux onces de sirop diacode qui les fait mieux supporter. En général, l'effet du médicament n'est jamais ni plus rapide ni plus héroïque que quand il ne détermine aucune évacuation : on en continue l'usage tant que durent la tolérance et le râle crépitant. On tient le malade aux boissons mucilagineuses et gommeuses pendant toute la durée de la période d'acuité, et on lui fait prendre habituellement des juleps ou des loochs rendus calmans par l'addition d'une petite quantité de sirop diacode, de morphine ou de laudanum.

Lorsque quelque maladie vient compliquer la pneumonie, il faut en modifier le traitement selon les nouvelles indications qui se présentent à remplir.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Quæ judicantur, et judicata sunt perfectè, ea neque moveto, neque medicamentis, neque aliis irritamentis innovato, sed sinito. *Ibid.*, *aph.* 20.

III.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

IV.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Ibid.*, *aph.* 13.

V.

A sanguinis fluxu delirium, aut etiam convulsio, malum. *Sect.* 7, *aph.* 9.

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Ibid.*, *aph.* 1.